

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

753

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jean BERTHO

Né le 4 janvier 1915, à Paris.

**CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DES DÉLIRES ALCOOLIQUES**

**par l'Association
Strychnine-Alcool intra-veineux**

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme
d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine 27

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean BERTHO

Né le 4 janvier 1915, à Paris.

**CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DES DÉLIRES ALCOOLIQUES**

**par l'Association
Strychnine-Alcool intra-veineux**

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme
d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine 27

1940



I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
RULE		BROCQ	
ATHALA		CADENAT	
HABROL		FEY	
HEVALLIER ...		GATELLIER	
ONZELOT		de GAUDART ..	
UVOIR		d'ALLAINES ..	
ASTINEL		LEVEUF	
AROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
IAN		MOURE	
IOREAU		QUENU	
EZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tombé au Champ d'Honneur.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

*Prématurément enlevée à
notre affection.*

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND-MERE

*Qu'elle trouve ici l'expression
de toute notre affection.*

A MON BEAU-PERE

*En témoignage de reconnais-
sance et d'affection.*

A MES ONCLES ET TANTES

*Qui ont su nous éclairer de
leurs conseils.*

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de présider notre thèse,
trop brève à notre gré, qui au-
rait mérité un plus ample déve-
loppement et que les circonstan-
ces nous ont obliger à réduire.*

Respectueux hommage.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR BESANÇON.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER.
MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU.

EXTERNAT

1937-1938 MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURE.
1938-1939 MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR HAMBURGER.
1939-1940 MONSIEUR LE DOCTEUR BOULAIN.

Contribution au Traitement des Délires alcooliques par l'association Strychnine-Alcool intra-veineux

INTRODUCTION

L'alcoolisme chronique est une tare sociale encore très répandue en France malgré les mesures législatives tendant à l'enrayer. Les méfaits qu'il engendre sont de constatation journalière en clinique. Parmi ses nombreuses manifestations, nous envisagerons uniquement les troubles psychiques en relation directe avec cette intoxication. La fréquence de ces délires a conduit à de nombreux essais thérapeutiques, qui se sont bien souvent révélés décevants, et à de nombreuses discussions. Aussi, nous avons voulu apporter notre modeste contribution au traitement des délires alcooliques et insister tout particulièrement sur la méthode qui associe la strychnine et l'alcool intra-veineux.

ETUDE CLINIQUE

L'abus prolongé des boissons alcooliques aboutit à une véritable maladie : l'alcoolisme chronique dont l'évolution peut être entrecoupée d'épisodes délirants dont le *délirium tremens* constitue l'entité clinique la mieux connue et la plus grave.

ETIOLOGIE

L'alcoolisme chronique est déterminé par l'abus prolongé de boissons alcoolisées quelles qu'elles soient.

Bien que le vin semble moins nocif que certaines autres boissons alcoolisées, la quantité d'alcool ingéré semble jouer le rôle prédominant. Certaines essences (absinthes) associées à l'alcool ont certainement un rôle particulièrement nocif.

L'alcoolisme chronique est surtout développé dans certaines classes sociales, certaines régions, certaines professions, mais tous les buveurs ne deviennent pas des alcooliques et on invoque une fragilité spéciale du tissu nerveux chez certains sujets, enfants d'alcooliques par exemple.

Sur ce fond d'alcoolisme, certains facteurs tels que l'excès ou la suppression de boisson, les interventions chirurgicales, les traumatismes, les infections, les émotions, le surmenage vont déterminer des états délirants.

SYMPTOMATOLOGIE

Cliniquement, nous envisagerons artificiellement trois variétés de délires alcooliques :

— l'épisode aigu, ou *délirium tremens* ou confusion mentale hallucinatoire aiguë;

— l'épisode subaigu, type délire professionnel;

— et le délire alcoolique prolongé ou psychose de Korsakoff.

I. — *Délirium tremens*.

Connu depuis la plus haute antiquité, ARISTOTE en parle, SUTTON (1813) en crée le terme sans d'ailleurs avoir vu les rapports de ce syndrome avec l'alcoolisme. DUPUYTREN en fait une description remarquable dans sa leçon sur le délire des blessés, les caractères cliniques en sont précisés par de nombreux auteurs, en particulier par LASÈGUE; REGIS précise le mécanisme du délire alcoolique.

Le *délirium tremens* est annoncé par un certain nombre de symptômes : insomnie ou sommeil entre-

coupé de cauchemars terrifiants, agitation nocturne, céphalée, inquiétude.

Le délire apparaît le plus souvent le soir et l'aspect du malade, est bien typique; son faciès est vultueux, recouvert de sueurs il est en proie à des hallucinations effrayantes de toute nature sortes (zoopsies) chats, rats, vision d'animaux de toutes sortes (zoopsies) chats, rats, araignées, de personnages menaçants : voleurs, assassins; terrifié par ces hallucinations, l'alcoolique essaie de se protéger, de se défendre contre les attaques dont il se croit l'objet; il se trouve dans un état d'agitation extrême et se précipite sur les personnes qui l'entourent les confondant avec celles de ses cauchemars.

Fait important, on peut, par un ordre impératif, réveiller le délirant qui retourne aussitôt à son cauchemar. D'autre part, on peut, dans une certaine mesure, orienter son délire et ce fait confirme l'opinion de RÉGIS qui voit, dans le délirium, un délire somnambulique, une sorte d'état second susceptible de se laisser influencer par la suggestion.

En même temps, ce malade présente des signes physiques constants : avant tout, un tremblement généralisé, trémulation continue intense prédominant aux mains avec instabilité et trémulation de la langue et des lèvres qui déterminent l'embarras de la parole. Le malade est couvert de sueurs abondantes, symptôme

sur lequel on a beaucoup insisté. La température est souvent élevée, le pouls est tendu, rapide; l'insomnie constante est un élément de pronostic. Les urines sont rares, souvent albumineuses, la langue est sèche, saburale, il existe parfois du subictère.

La durée de la crise est variable, de quelques heures à quelques jours, la terminaison est brusque ou régressive, complète ou incomplète, la guérison est annoncée par la reprise du sommeil et une crise urinaire. Mais la mort peut à tout moment mettre fin à l'évolution de ce processus.

La gravité du pronostic de cet accident a conduit à de nombreux essais thérapeutiques que nous étudierons plus loin. Le pronostic s'appuiera beaucoup moins sur les signes mentaux que sur les signes physiques. Les récidives ne sont pas rares et présentent le même tableau clinique.

II. — *Délire professionnel.*

Nous envisagerons maintenant les formes subaiguës qui sont les plus fréquentes. Elles ne sont que l'atténuation de la forme précédente; elles sont constituées essentiellement par deux éléments : l'onirisme et la confusion mentale prenant fréquemment le titre professionnel. Le malade est désorienté dans le temps et dans l'espace, mais il a gardé le sentiment de sa

propre personnalité. Il vit une scène de son existence professionnelle et la mime parfaitement.

A côté de ces deux variétés de délire, nous ne ferons que citer les différentes formes de la démence alcoolique qui surviennent à une phase tardive de l'intoxication chronique : délire systématisé et syndrome de Korsakoff qui relèvent de thérapeutiques tout à fait différentes et n'entrent pas dans le cadre de notre ouvrage.

Fréquence des délires.

La statistique faite au Pavillon Dupré, à l'Hôpital Saint-Antoine, nous donne 114 alcooliques sur 304 malades. Parmi ces alcooliques, nous relevons 106 cas de délire. C'est là une preuve de l'importance de ces manifestations psychiques de l'alcoolisme chronique.

EVOLUTION DE LA THERAPEUTIQUE DES DELIRES

Nous allons passer en revue les différentes phases de l'évolution de la thérapeutique des délires aigus.

Le premier traitement institué avait pour but de calmer le malade et provoquer le sommeil.

Les médicaments de choix étaient l'opium et ses dérivés. TROUSSEAU et LANCEREAUX en France, avaient fixé la posologie et le choix des préparations.

L'extrait d'opium utilisé à la dose de 10 centigrammes jusqu'à 25 centigrammes et même plus par 24 heures.

Le laudanum était donné, soit sous forme de vin laudanisé : 60 gouttes dans un litre de vin, soit, comme le préconisait DUPUYTREN sous forme de lavement à raison de 5 à 6 gouttes renouvelé toutes les six heures.

On administrait également la morphine par doses fractionnées, suivant la méthode de ROSER, à la dose de 0 gr. 008 à 0 gr. 020 et plus par jour.

LUCÉ utilisait également la narcéine.

Cette thérapeutique, qui avait pour but d'obtenir un état comparable au sommeil naturel, servant de crise à l'attaque de délirium, nous semble illogique car à l'intoxication engendrée par l'alcool, elle ne fait qu'en apporter une deuxième : le rein fonctionne moins bien, le cerveau se congestionne davantage et la sédation nerveuse n'est qu'apparente.

Un médicament basé sur la même action, mais plus intéressant que l'opium, dont il ne présente pas l'accoutumance et la toxicité, est le chloral. Son emploi a été réglé par LANCEREAUX qui l'utilise à la dose de 4 grammes le soir, renouvelée le lendemain s'il y a lieu. On peut également l'administrer à doses fractionnées de 0 gr. 50 à 2 gr. toutes les quatre heures. Il semble cependant qu'il soit préférable de ne pas dépasser 6 gr. en 24 heures. Ce médicament est à rejeter en cas de lésions cardio-vasculaires.

La suppression de l'alcool, discutée pendant longtemps, n'était pas admise autrefois et il était de pratique de prescrire la potion de Todd encore employée en cas de déficience cardiaque.

On a encore proposé des médications qui, dans certains cas, ont donné quelques résultats satisfaisants. Ce sont :

— le chanvre indien utilisé par VILLARD en France sous forme de teinture : 20 à 40 gouttes et plus par jour;

— l'hyosciamine à la dose de 3 mmgr., l'atropine 1 mmgr. pro die.

Dans certains cas, les toni-cardiaques sont indiqués. On préférera le camphre et ses dérivés à la digitaline qui a pourtant ses indications.

A cette thérapeutique, on a associé des traitements adjuvants :

— essais de désintoxication par le lavage d'estomac et les purgatifs salins, les bains froids ou bains tièdes (25 ou 28 degrés) prolongés, ou enveloppements frais.

Cette thérapeutique trouve encore ses indications à l'heure actuelle.

Un sujet a entraîné de nombreuses controverses : faut-il attacher le malade ou le laisser en liberté ? Il semble que l'alcoolique peut être laissé libre dans sa cellule dont on a enlevé tout meuble et qui ne contient qu'un matelas à même le sol. Si l'agitation est telle que le malade déchire sa chemise ou frappe sans cesse la porte et les parois, on lui met une camisole de force et on le laisse libre de se promener dans sa cellule. Enfin, dans les cas d'agitation extrême, ou quand il s'agit de malades ayant une pneumonie ou une affection aiguë médicale ou chirurgicale, force est d'attacher le patient dans son lit et nous devons dire en passant que cette pratique, longtemps considérée com-

me très dangereuse, ne nous a jamais donné de résultats fâcheux.

Le traitement du délirium, pendant très longtemps décevant, a donné lieu à de multiples essais thérapeutiques. C'est ainsi qu'on a pu proposer (W. CLINE et J. COLEMAN) le drainage spinal par ponction lombaire de 50 à 75 cm³ associé à une injection intra-veineuse de 50 cm³ d'une solution de dextrose à 50 %. Par ailleurs le malade reçoit per os 30 à 60 cm³ d'une solution saturée de sulfate de magnésie; comme sédatif, on utilise la paraldéhyde à la dose de 8 à 15 gr. par voie buccale ou rectale. Ce traitement offre certaines difficultés, en particulier le drainage spinal; s'il semble avoir donné de bons résultats en Amérique, il a été peu pratiqué en France.

En 1936 également, GOUDE et GIRARD d'Angers proposent un traitement composé où s'associent l'extrait hépatique, le somnifène, l'huile camphrée. L'extrait hépatique suppléerait à l'insuffisance du foie dont le rôle dans les délires semble certain.

De nombreux auteurs ont utilisé le somnifène seul, à doses fortes, par voie endoveineuse, dans le traitement du délirium. Les résultats ont été, dans bien des cas, satisfaisants.

Aucun de ces traitements ne demeure en face de la strychno-thérapie si ce n'est comme moyen adjuvant.

Déjà mise au point et utilisée en 1873, par Alfred LUTON, de Reims, qui l'administrait à doses très élevées — jusqu'à 50 mmgr. — après une phase d'oubli, elle fut reprise par CHAUFFARD, PAGNIEZ et son élève CHATON.

La posologie est ainsi fixée :

2 mmgr. en injections sous-cutanées toutes les trois heures, et dans les cas graves, toutes les deux heures, jusqu'à concurrence de 10 à 16 mmgr. par 24 heures. On a même pu dépasser de beaucoup ces doses dans quelques cas sans phénomènes d'intolérance.

La strychnine s'éliminant rapidement, il semble y avoir intérêt à injecter des doses fractionnées pour maintenir en permanence l'organisme sous l'influence de ce médicament.

Avec cette thérapeutique, un grand pas est franchi dans le traitement des délires alcooliques, mais quel est le mode d'action de ce médicament?. Suivant toute vraisemblance, il paraît y avoir un antagonisme entre la strychnine et l'alcool et cette assertion s'appuie sur des données expérimentales, entre autres, nous citons les travaux d'AMAGAT, qui a établi que des accidents déterminés par la strychnine peuvent être conjurés par des injections d'alcool et les recherches de STACCHINI faites dans les laboratoires de VULPIAN, qui ont montré que les chiens auxquels on fait ingé-

rer de l'alcool supportent par voie gastrique des doses qui tuent les témoins.

Récemment, BRUEL a proposé l'injection d'alcool éthylique intra-veineux à 33 % comme traitement des *délirium tremens*. Nous signalerons que PAGNIEZ et ses élèves avaient déjà, au cours de ces dernières années, essayé cette méthode, dont nous verrons plus loin les résultats.

Cette thérapeutique, au premier abord paradoxale, est basée sur le fait suivant :

L'alcool éthylique, même absorbé en abondance par un alcoolique ancien, s'élimine rapidement. En effet, 12 heures après, il n'en existe plus trace dans le sang circulant. Il semble que ce soit à ce moment qu'éclatent les accidents nerveux d'éthylisme et la méthode préconisée a pour but d'éviter ce sevrage brusque.

Ces auteurs conseillent l'emploi de la préparation suivante :

Alcool éthylique à 95 % à la concentration de 33 % dans du sérum physiologique isotonique.

La posologie est ainsi fixée par BRUEL : dans les cas de *délirium tremens* :

1 ^{er} jour	:	40 à 50 cm ³	matin et soir		
2 ^e »	:	30 à 40 cm ³	»	»	»
3 ^e »	:	25 à 30 cm ³	»	»	»

4 ^e	»	{	20 cm ³	matin et soir
5 ^e	»			»
6 ^e				»

Dans les cas moins aigus, on peut réduire ces doses de moitié.

Cette thérapeutique ne contre-indique par les médications adjuvantes.

A côté de ce traitement, BRUEL ne néglige ni la strychnine qu'il utilise à la dose de 2 à 4 mmgr. par jour, ni les thérapeutiques secondaires.

Si les doses employées dans les observations que nous rapportons de malades hospitalisés dans le pavillon Dupré à Saint-Antoine sont nettement inférieures à celles préconisées par BRUEL, nos résultats n'en semblent pas moins satisfaisants, mais tandis qu'il préconise la strychno-thérapie à doses faibles, nous associons à l'alcool intra-veineux des injections de strychnine atteignant 15 à 16 mmgr. par jour à la phase aiguë de la crise délirante.

Notre thérapeutique est la suivante :

1^{er} jour : 15 cm³ intra-veineux de la solution d'alcool à 33 % associés à 16 mmgr. de strychnine par voie sous-cutanée;

2^e jour : 15 cm³ intra-veineux de la solution d'alcool associés à 10 ou 12 mmgr. de strychnine suivant l'état du malade;

3^e jour : 10 cm³ intra-veineux de la solution d'alcool associés à 8 ou 10 mmgr. de strychnine.

Les injections de strychnine sont continuées encore deux ou trois jours.

Cette thérapeutique nous a donné dans la plupart des cas que nous avons observés des résultats excellents même lorsqu'une infection pulmonaire (observation I) ou un état général déficient (observation 5) assombrissaient le pronostic.

Parmi les nombreux cas traités par l'association alcool intra-veineux-strychnine au Pavillon Dupré, nous rapportons quelques observations parmi les plus intéressantes :

OBSERVATION I

B... Louis, 39 ans.

Entre dans le service le 31 janvier 1939 pour délirium tremens typique. Il reçoit :

— *Le premier jour*, 15 cm³ d'alcool et 16 mmgrs de strychnine s. c. en 4 injections;

— *Le deuxième jour*, apparaît une élévation thermique à 40 révélatrice d'un foyer pulmonaire gauche. Le malade reçoit 15 cm³ d'alcool intra-veineux et 12 mmgrs de strychnine; un traitement banal est institué contre le foyer pulmonaire.

— *Le troisième jour*, l'agitation s'est calmée, la tem-

pérature reste élevée; le traitement par l'alcool est continué à la même dose et la dose de strychnine est abaissée à 10 mmgrs.

— *Les jours suivants*, la dose de strychnine est réduite à 6 mmgrs pendant encore trois jours.

Le malade sort le neuvième jour en bon état.

OBSERVATION II

G... Théodore, 42 ans, manœuvre.

Entre à Dupré le 14 mai 1939, envoyé du service O.R.L. pour trémulation, agitation. Au bout de 36 heures, le délire éclate; il présente tous les caractères du délirium tremens. Le malade veut se lever et s'enfuir. Il prononce des paroles incohérentes, présente une trémulation labiale permanente, des sueurs profuses, avec faciès pâle et légèrement subictérique.

Le traitement par l'alcool intraveineux : 15 cm³ le premier jour, 15 le deuxième jour, 10 le troisième et par la strychnine à doses progressivement décroissantes de 14 mmgrs à 6 mmgrs le dernier jour, est institué.

Cet état s'amende en trois jours et le malade sort guéri le sixième jour.

OBSERVATION III

G... André, 33 ans.

Entre le 8 mars 1939. Atteint de confusion mentale avec grande agitation. L'éthylisme est avoué important :

2 litres 1/2 de vin et 3 ou 4 apéritifs par jour. Il est soumis au traitement préconisé. Le troisième jour, la température s'élève à 39° et reste à ce niveau 24 heures. Cependant, guérison complète le cinquième jour. Le malade sort le huitième en excellent état.

OBSERVATION IV

B... Marcel, 33 ans.

Alcoolique avoué. Entre à Dupré le 5 mars 1939 pour grande agitation, hallucinations et délire. Ces troubles durent une nuit. Le traitement alcool strychnine est institué. La guérison est rapide et le malade sort le cinquième jour.

OBSERVATION V

G... Albert, 52 ans.

Entre dans le service le 19 mars 1939. Il était entré à Saint-Antoine trois jours auparavant pour gros foie douloureux mais un état de confusion mentale et de grande agitation a nécessité son passage au Pavillon Dupré.

A l'examen, les réflexes sont normaux, le foie déborde de deux travers de doigts le rebord costal. Il est douloureux à la palpation. Le malade est tremulant et couvert de sueurs.

Notre traitement est institué. Le malade est calmé très rapidement bien que la température persiste pendant trois jours aux environs de 38°.

OBSERVATION VI

S... Emile, 30 ans.

Passé à Dupré le 25 septembre 1938 du service de chirurgie où il était hospitalisé pour traumatisme crânien. A son entrée, délirium tremens net : hallucinations, grande agitation, fausse reconnaissance, paroles incohérentes. Température à 38°5, pouls à 120, langue humide, le traitement préconisé est institué, l'agitation diminue au bout de 12 heures et se calme en 24 heures bien que la température persiste pendant 2 jours entre 38° et 38°5. Sort au bout de dix jours en bon état.

Ce malade, grand éthylique, a fait une nouvelle crise en janvier 1939 enrayée rapidement par notre traitement.

OBSERVATION VII

L... Alain, 41 ans. Manœuvre.

Entre dans le service le 19 mars 1939 pour un délire éthylique avec confusion mentale. Incohérence dans la parole, gâtisme.

Grand éthylique, il a déjà été hospitalisé en novembre 1937 pour une crise de délirium qui a cédé à la strychnine.

Il s'agit d'un malade dont l'état général est déficient, qui présente un gros amaigrissement. Malgré le traitement, le malade reste confus, sujet aux hallucinations et ses troubles nécessitent son transfert à Saint-Anne.

OBSERVATION VIII

C... Emile, 48 ans.

Entre à Dupré le 4 septembre 1939 pour délire éthylique, hallucinations, agitation extrême, paroles incohérentes, réflexes tendineux sont normaux. Les pupilles réagissent, sueurs profuses. Il s'agit d'un grand alcoolique réformé de guerre, dont l'état général est mauvais. Les reins, le foie est un peu gros, les urines contiennent des traces d'albumine.

Sous l'influence du traitement, les troubles s'amendent légèrement, mais la persistance de phases d'agitation nécessite son transfert à Sainte-Anne.

CONCLUSION

I. — Le traitement classique par l'opium et l'alcool per os est maintenant périmé, l'orientation se fait actuellement vers les thérapeutiques pathogéniques.

II. — La strychnothérapie a réalisé un progrès considérable en introduisant un antidote dans une thérapeutique jusque là purement palliative.

III. — L'alcool intra-veineux, thérapeutique basée sur des données rationnelles, réalise également un progrès notable, mais, dans bien des cas, il semble impuissant à calmer par lui-même les délires aigus.

IV. — L'association alcool-strychnine judicieusement appliquée nous semble être la thérapeutique de l'avenir. Nous avons obtenu des résultats excellents dans les délirium tremens, mais ce traitement semble n'avoir qu'une action relative dans les délires prolongés voisins de la démence alcoolique, comme le montrent nos deux dernières observations.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
LOEPER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BRUEL (L.). — L'éthylotérapie intra-veineuse chez les alcoolomanes. (*Le Progrès Médical*, 22 juillet 1939, pp. 1053, 1054).
- CHATON (Pierre). — De l'action thérapeutique du sulfate de strychnine chez les alcooliques et en particulier dans les accidents aigus de l'alcoolisme cérébral. (*Thèse Paris* 1930).
- CLINE (W.) et COLEMAN (J.). — *Journal of the American Medical Association*, 8 août 1936, p. 404. Au sujet du traitement du délirium tremens.
- GOUDE et GIRARD. — *Archives Médicales d'Angers*, mars 1936, p. 33. Au sujet du traitement du délirium tremens.
- LAVAT (Paul). — *Thèse Paris* 1915. Contribution à l'étude clinique du délirium tremens.
- LÉVY-VALENSI. — *Précis de psychiatrie*, pp. 351 à 374.
- PAGNIEZ (Ph.) et CHATON (P.). — Le traitement des délires alcooliques par la strychnine à hautes doses. (*Presse Médicale*, 28 février 1931).
- PAGNIEZ (Ph.). — Au sujet du traitement du délirium tremens. (*Presse Médicale*, 30 décembre 1936, p. 2121).
- PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, T. I, pp. 258 à 264.
- STACCHINI. — Antagonisme entre la strychnine et l'alcool. (*Thèse Paris* 1880, p. 31).

